

## 電気けいれん療法 同意書

〇〇〇〇病院 殿

私は、電気けいれん療法について、下記医師から説明文書を受け取り、詳細な説明を受けました。

説明年月日 年 月 日

説明医師 〇〇 〇〇

その内容である下記の項目について、十分に理解し、検討し、納得したうえで、治療を受けることについて、自由意思に基づいて同意します。

### 説明内容

- 治療の目的と必要性
- 治療の方法と手順
- 治療スケジュール
- 治療前の並存疾患とそれに伴う危険性
- 治療後に起こりうる合併症・危険性
- 偶発的な緊急処置が必要な状況
- 予測される効果と経過
- 同意、同意の撤回

同意年月日 年 月 日

患者氏名 〇〇 〇〇

同意者署名

本人

代諾者

(患者との続柄 \_\_\_\_\_ )